Deutscher Bundestag **Drucksache 15/2922**
15. Wahlperiode 16. 04. 2004

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 15/2866 –

Zukunft der Homecare-Versorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Homecare ist ein relativ junger Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen. Homecare umfasst die häusliche Versorgung von Patienten mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, die ärztlich verordnet werden. Qualifiziertes Fachpersonal der Homecare-Unternehmen weist die Patienten in die Handhabung der Produkte ein, gibt den Patienten Anleitung zur Selbsthilfe und kontrolliert durch regelmäßige Hausbesuche den Erfolg der ärztlichen Therapie. Somit ist Homecare Krankenbehandlung und nicht Krankenpflege. Zu den typischen Homecare-Versorgungen zählen:

- enterale und parenterale Ernährung
- intravenöse Therapie (Schmerztherapie mit Arzneimitteln, Chemotherapie)
- Inkontinenzversorgung
- Stomaversorgung
- Versorgung von Tracheotomierten/Laryngektomierten
- Moderne Wundversorgung
- Respiratorische Heimtherapie.

In den letzten Jahren hat sich Homecare zu einem unersetzlichen Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung entwickelt. Der Trend der demografischen Entwicklung in Deutschland zeigt, dass die Anzahl der älteren Menschen in den nächsten Jahren kontinuierlich steigt. Versorgungsbedürftige, chronische Krankheiten nehmen im Verhältnis zu akuten Erkrankungen immer mehr zu. Auch die steigende Lebenserwartung lässt darauf schließen, dass diese Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten anhält.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 15. April 2004 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

1. Welche Daten liegen der Bundesregierung darüber vor, wie viele Patienten es in den einzelnen Bereichen der Homecare-Versorgung gibt und welche sächlichen sowie finanziellen Mittel seitens der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie der sozialen Pflegeversicherung (PV) bisher für diese Versorgungsform zur Verfügung gestellt werden?

2. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass seitens der GKV ausreichend Mittel für die Homecare-Versorgung bzw. den Ausbau dieser Versorgungsform zur Verfügung gestellt werden, und wenn ja, wie begründet sie ihre Auffassung?

Die mit dem Begriff Homecare bezeichneten Formen von Versorgung bewegen sich in den Bereichen Krankenbehandlung, häusliche Krankenpflege, pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen und Hilfsmittelversorgung. Die diesbezüglichen Leistungsansprüche der Versicherten sind umfassend im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt. Diese orientieren sich allerdings an Versorgungsbereichen und Leistungserbringern und nicht an einzelnen Darreichungsformen medizinischer Behandlung oder pflegerischer Dienstleistungen. Die Statistiken der GKV und der PV knüpfen unmittelbar an die Bestimmungen der Sozialgesetzbücher an.

Die im Einzelnen aufgelisteten Darreichungsformen werden zum Teil im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht. Die Ausgaben der GKV für diesen Versorgungsbereich betrugen nach den vorläufigen Finanzergebnissen im Jahr 2003 rd. 1,7 Mrd. Euro. Sie umfassen allerdings ein breiteres Leistungsspektrum, das sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Die als Homecare etikettierten Leistungen sind entsprechend der Systematik des der GKV-Statistik zugrunde liegenden Kontenrahmens nicht isoliert erfasst. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Erbringung der erfassten Leistungen nicht ausschließlich an den häuslichen Versorgungsort gekoppelt ist (wie z. B. Inkontinenz- oder Wundversorgung). Die statistische Erfassung einzelner Darreichungsformen medizinischer oder pflegerischer Behandlungen oder Dienstleistungen in der Anbindung an einen Versorgungsort hätte einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die unterschiedlichen Leistungserbringer zur Folge.

Dies gilt auch für den Bereich der Pflegeversicherung, sofern hier Leistungen nach dem Homecare-Konzept erbracht werden.

Die im SGB V und SGB XI geregelten Leistungsansprüche stellen sicher, dass die Patientinnen und Patienten die erforderlichen Leistungen erhalten. Die Entwicklung der GKV-Ausgaben im Bereich häusliche Krankenpflege lässt erkennen, dass seitens der GKV hierfür ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden.

3. Wenn nein, welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um eine verbesserte sächliche und/oder finanzielle Ausstattung zu erreichen?

Die Homecare-Versorgung ist keine im Recht der GKV oder der Pflegeversicherung vorgesehene eigenständige Versorgungsform. Wie bereits aus den Antworten zu den Fragen 1 und 2 deutlich wird, umfasst die mit Homecare bezeichnete Versorgung Leistungen der GKV und der Pflegeversicherung. Das Leistungsspektrum des SGB V und des SGB XI stellt nach Auffassung der Bundesregierung eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung der Versicherten sicher. Eine darüber hinausgehende sächliche oder finanzielle Ausstattung einer neuen eigenständigen Versorgungsform ist nicht erforderlich. Anbieter von Homecare-Versorgung können bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen, insbesondere der Qualitätsanforderungen, als Leistungserbringer Vertragspartner der Kranken- und Pflegekassen in den entsprechenden Leistungsbereichen sein.

4. Welche Einsparpotenziale können nach Meinung der Bundesregierung durch Homecare-Versorgung realisiert werden (differenziert nach Vermeidung von Komplikationen und Einsparungen im Krankenhausbereich)?

Mögliche Einsparpotenziale durch die Institutionalisierung einer eigenständigen Versorgungsform Homecare sind nicht quantifizierbar. Auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 3 wird Bezug genommen.

5. Wie viele Homecare-Unternehmen gibt es in Deutschland und wie sind diese strukturiert (bundesweit tätige Leistungserbringer, Versorgungsgemeinschaften, einzelne mittelständische Unternehmen)?

Der Begriff Homecare-Unternehmen ist in den gängigen Wirtschaftsstatistiken des Statistischen Bundesamtes, die nach international abgestimmten Standards regelmäßig erhoben werden, nicht enthalten. Der Bundesregierung ist daher nicht bekannt, wie viele Homecare-Unternehmen es in Deutschland gibt und wie diese strukturiert sind.

6. Wie wird sich nach Auffassung der Bundesregierung das Krankheitsspektrum (Indikationen, Bedeutung chronischer Krankheiten) älterer Menschen verändern, leitet sich daraus ein erhöhter Bedarf an Homecare-Versorgung ab, und welche Maßnahmen werden ergriffen, um diesem geänderten Sachverhalt Rechnung zu tragen?

Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit und Leiden. Es bestehen im Alter große interindividuelle Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit und den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen. Sehr wichtig für die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter sind Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung. Zu den vorherrschenden Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Krankheiten (insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skelettkrankheiten, psychische Krankheiten und bösartige Neubildungen), wobei die Multimorbidität ebenfalls eine Rolle spielt. Selbst wenn sich in Zukunft zwischen den genannten Krankheiten Verschiebungen in der Prävalenz einstellen könnten, ist eine grundsätzliche Änderung nicht zu erwarten.

Demenzen treten überwiegend im höheren Lebensalter auf. Aus diesem Grunde ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des demografischen Wandels mit einer erheblichen Zunahme der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen.

Inwieweit sich die notwendige medizinische Versorgung zumindest teilweise durch Homecare bewältigen lässt, dürfte im Einzelfall von verschiedenen Faktoren, insbesondere auch dem Grad der Multimorbidität, abhängen. Auf jeden Fall ist es wichtig, über vorliegende Erkrankungen hinaus die Auswirkungen von Einschränkungen, die Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung von Selbständigkeit sowie die Bewältigungsmöglichkeiten und das Selbsthilfepotenzial zu berücksichtigen.

Um den im Alter vorherrschenden Krankheiten etwas entgegenzusetzen, bedarf es zudem möglichst frühzeitig einsetzender Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Primär-, aber auch der Sekundär- und Tertiärprävention.

7. In welcher Höhe und in welcher Form werden bereits heute schon Patienten zur Finanzierung der Homecare-Versorgung bei Kostenübernahme durch die GKV oder PV herangezogen?

Die Höhe der Zuzahlungen für die genannten Darreichungsformen medizinischer und pflegerischer Maßnahmen werden nicht isoliert erfasst und sind demzufolge nicht quantifizierbar. Die Belastung der Patientinnen und Patienten durch Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen der GKV ist im internationalen Vergleich als eher niedrig einzustufen. Sie wird im Übrigen durch die Belastungsgrenzen, insbesondere die niedrigeren Belastungsgrenzen für schwerwiegend chronisch Kranke und für Sozialhilfeempfänger, begrenzt und damit sozial abgefedert.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

8. Ist die Bundesregierung vor diesem Hintergrund der Auffassung, dass zum Ausbau der Homecare-Versorgung weitere Kostenübernahmen durch die Patienten erfolgen sollen, und wenn ja, welche sowie in welcher Höhe sollen diese durch den Patienten getragen werden?

   Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 4 wird verwiesen.

9. Wie haben sich die Ausgaben für Hilfsmittel im Bereich der Homecare-Versorgung in den letzten zehn Jahren entwickelt, sowie welche Prognosen liegen der Bundesregierung darüber vor, wie sich diese Ausgaben in den nächsten 10 Jahren entwickeln werden, und wie bewertet die Bundesregierung diese Daten?

Die Ausgaben für Hilfsmittel im Bereich der Homecare-Versorgung sind aus den Gründen, die in den Antworten zu den Fragen 1 und 2 genannt wurden, nicht isoliert darstellbar.

10. Und wenn nein, welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um entsprechende Daten zu erhalten?

Mit Blick auf den hohen administrativen Aufwand einer gesonderten Erfassung (s. Antwort zu Fragen 1 und 2) und das Bestreben, die Verwaltungskosten bei Leistungserbringern und Kostenträgern nicht zusätzlich zu belasten, ist eine entsprechende Erhebung nicht vorgesehen.

11. Welche grundsätzliche Reform der Kranken- und Pflegeversicherung plant die Bundesregierung, damit Abgrenzungsschwierigkeiten bei der Kostenzuständigkeit von Krankenkassen und Pflegekassen bzw. Leistungen der Länder/Pflegeheime bei Hilfsmitteln zukünftig vermieden werden können?

Die Bundesregierung plant keine Reform zur Abgrenzung und Bestimmung der Kostenträgerschaft für Hilfsmittel. Eine solche Reform ist weder für den Bereich der ambulanten Hilfsmittelversorgung noch für die Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen erforderlich.

Die Zuständigkeit für die ambulante Hilfsmittelversorgung ergibt sich bereits eindeutig aus dem bestehenden Recht. Die Frage, ob für die Hilfsmittelversorgung eine neue Abgrenzung zwischen GKV und PV erforderlich ist, wurde

bereits im Zusammenhang mit dem vom Bundesrat eingebrachten Hilfsmittelsicherungsgesetz geprüft und verneint (vgl. Bundestagsdrucksache 15/308).

§ 40 SGB XI enthält bereits eine klare Subsidiaritätsklausel. Diese besagt, dass eine Leistungspflicht der PV dann gegeben ist, wenn keine Leistungszuständigkeit der GKV besteht. Der Umfang der Leistungspflicht der GKV ist im Rahmen der Einführung der PV nicht eingeschränkt worden. Ausgangspunkt der Leistungspflicht der GKV ist das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V. Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen haben in Ergänzung zu dem Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung ein Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI enthält Hilfsmittel, die von den Pflegekassen bewilligt werden können.

Pflegebedürftige in Pflegeheimen haben gegenüber der Pflegekasse keinen Anspruch auf Hilfsmittel nach § 40 SGB XI. Diese Anspruchsgrundlage ist ausdrücklich auf Pflegebedürftige begrenzt, die sich in häuslicher Pflege befinden. Für die stationäre Pflege in Pflegeheimen gewähren die Pflegekassen bestimmte nach Pflegestufen gestaffelte Leistungspauschalen. Darüber hinaus gibt es keine Leistungen der PV für die stationäre Pflege. Im stationären Bereich stellt sich daher bei der Hilfsmittelversorgung nicht die Frage, ob die GKV oder die PV leistet, sondern nur die Frage, welche Hilfsmittel zur Einrichtung eines Pflegeheimes gehören und welche Hilfsmittel dem einzelnen Pflegebedürftigen von seiner Krankenkasse bewilligt werden müssen. Die hierbei in der Vergangenheit aufgetretenen Abgrenzungsstreitigkeiten sind durch mehrere Urteile des Bundessozialgerichts geklärt worden.

12. Durch wen ist nach Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) die poststationäre Versorgung sicherzustellen (z. B. durch krankenhauseigenes Personal, ambulante Pflegedienste oder Homecare-Unternehmen) und sind dann die entstehenden Kosten bereits über die DRGs vergütet oder sollen darüber hinaus durch die GKV weitere Finanzierungen erfolgen?

Fallpauschalen umfassen nur Krankenhausleistungen. Genauer gesagt werden damit die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen vergütet. Die zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderliche nachstationäre Behandlung im Krankenhaus ist insoweit umfasst, als die Summe aus stationären Belegungstagen und vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale nicht übersteigt. Soweit mit poststationären Leistungen nachstationäre Leistungen im Sinne des § 115a SGB V gemeint sind, sind diese auch nach Einführung der Fallpauschalen weiterhin durch Krankenhäuser zu erbringen.

Soweit mit poststationären Leistungen die von Pflegediensten ambulant erbrachten Leistungen gemeint sind, werden diese nicht mit den Fallpauschalen vergütet, da es sich nicht um Krankenhausbehandlung handelt. Sie müssen aus den für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellten Mitteln vergütet werden.

13. Nach welchen objektiven Kriterien kann die Qualität der Versorgung bei Vertragsabschlüssen und bei der Ermittlung eines Durchschnittspreises im unteren Preisdrittel (§ 127 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) verglichen werden?

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Krankenkassen legen in den Verträgen, die sie mit den Leistungserbringern abschließen, die Versorgungsqualität für Hilfsmittel fest. Da Verträge nur mit zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden können, erfüllen diese die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung. Außerdem ist der verordnende Arzt nach den Hilfsmittel-Richtlinien verpflichtet, sich zu vergewissern, ob das abgegebene Hilfsmittel der Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde. Schließlich wird durch das Hilfsmittelverzeichnis sichergestellt, dass nur solche Produkte als Hilfsmittel anerkannt werden, die die grundlegenden Anforderungen des § 139 SGB V (Funktionstauglichkeit, therapeutischer Nutzen und Qualität) erfüllen. Auch bei der Ermittlung eines Durchschnittspreises im unteren Preisdrittel ist in den vertraglichen Bestimmungen sicherzustellen, dass die qualitätssichernden Aspekte uneingeschränkt zu berücksichtigen sind.

14. Wer kann nach Meinung der Bundesregierung die Einhaltung der Qualität überprüfen?

    Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Qualität der Versorgung durch eine unabhängige Institution überprüfen zu lassen?

Soweit Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 und 3 SGB V betroffen sind, ist es Aufgabe der Krankenkassen, die Einhaltung der Qualität zu überprüfen. Darüber hinaus kann in Zukunft auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Rahmen seiner Aufgabenstellung Bewertungen vornehmen.

Soweit Homecare-Angebote auch Leistungen beinhalten, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, Pflegeheime) als Sachleistungen im Sinne des SGB XI erbracht werden, haben die Einrichtungen nach geltendem Recht den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) die Prüfung der Leistungsqualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die MDK werden im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen tätig. Im stationären Bereich kommt die Kontrolle durch die Heimaufsicht hinzu.

15. Durch welche Gesetze oder Verordnungen will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Homecare-Versorgung (Häusliche Therapie) als eigenständiger Versorgungsbereich im SGB V aufgeführt wird, um so auch zukünftig eine adäquate Versorgung der Patienten zu gewährleisten?

16. Wenn keine solchen Gesetze oder Verordnungen beabsichtigt werden, durch welche Maßnahmen will dann die Bundesregierung eine angemessene Versorgung der Patienten sicherstellen?

Die Bundesregierung beabsichtigt keine Gesetze oder Verordnungen zur Einführung der Homecare-Versorgung als eigenständige Versorgungsform. Durch das bestehende Leistungsspektrum des SGB V und des SGB XI ist eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten im häuslichen Bereich sichergestellt.

17. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, dass die Festlegungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für alle Einzelkassen verbindlich sind und einheitlich umgesetzt werden?

Das geltende Recht regelt auf verschiedene Art und Weise, wie Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Beteiligten verbindlich werden (vgl. z. B. § 210 Abs. 2 SGB V). Über die Einhaltung der verbindlichen Regelungen muss die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde wachen.

18. Wie wird die Bundesregierung sicherstellen, dass das Fach- und Expertenwissen der Leistungserbringer maßgeblich in die Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen einbezogen und belegt wird?

Auch die Einbeziehung des Fach- und Expertenwissens der Leistungserbringer ist im geltenden Recht bereits an verschiedenen Stellen geregelt (vgl. z. B. § 92 SGB V).



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333